



Göteborgs
Stad

Etablerat missbruk och beroende i fokus

Plan för en stärkt missbruksvård 2018—2023

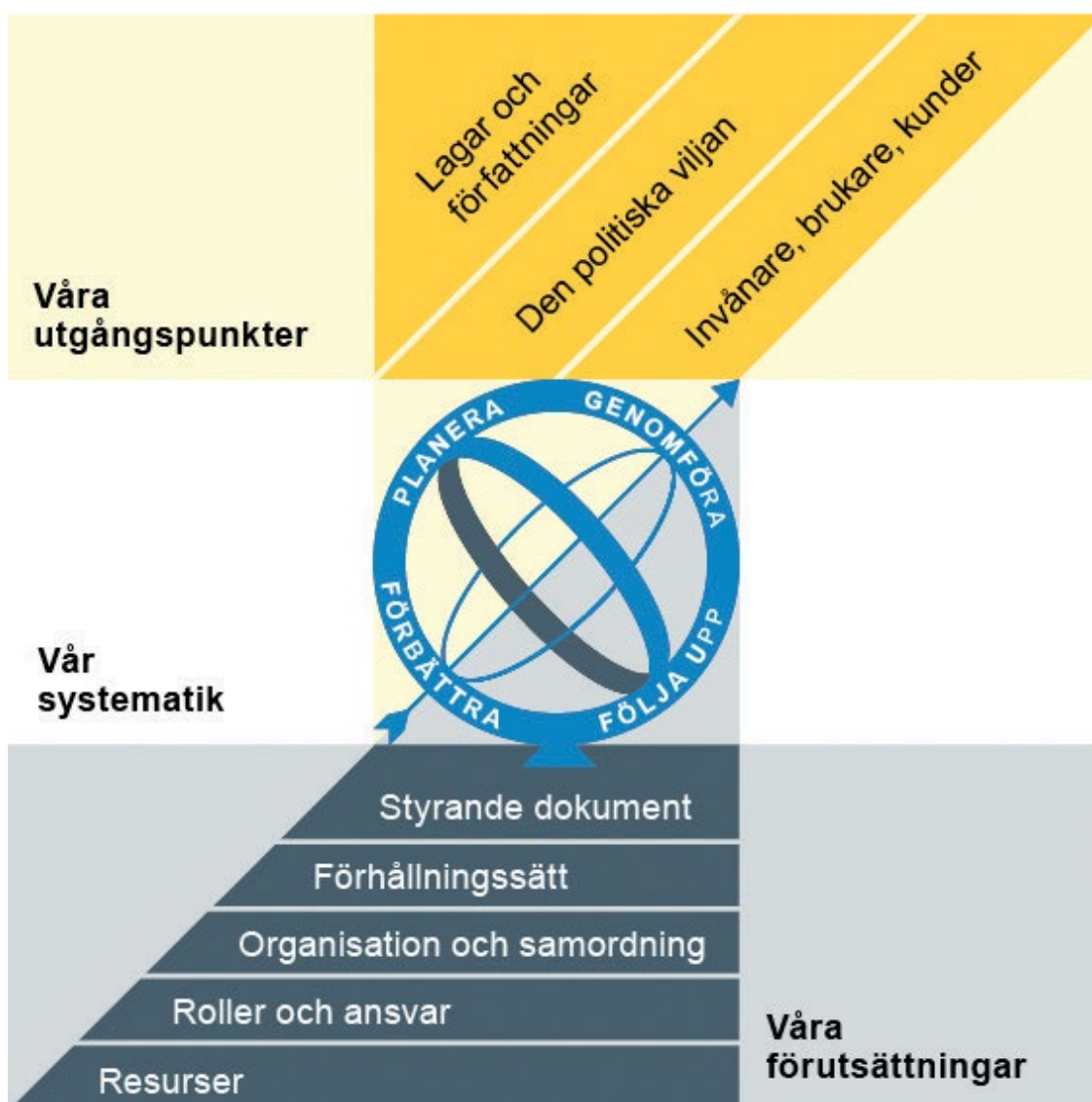


INNEHÅLL

Sammanfattning	4
Bakgrund	4
Strategisk inriktning	4
Vad vill vi uppnå?	4
1 Inledning	5
2 Läsanvisning	5
3 Mål och strategiska områden	6
3.1 Riktning och mål	6
3.2 Strategiska utvecklingsområden	6
Strategiområde 1: En sammanhållen och samordnad missbruksvård i staden	7
Strategiområde 2: Tillgängliga och individualiserade insatser	8
Strategiområde 3: Samverkan som möjliggör och utvecklar	10
Strategiområde 4: Kunskapsbaserat arbete och välgrundad kompetens	12
4 Implementering, genomförande och uppföljning	14
4.1 Implementering	14
4.2 Genomförande	14
4.3 Uppföljning och revidering	14
4.4 Struktur för uppföljning	15
5 Bakgrund och utgångspunkter	16
5.1 Uppdrag, omfattning och avgränsningar	16
5.2 Genomförande	16
5.3 Styrande och vägledande dokument samt utgångspunkter	17
5.4 Det gemensamma ansvaret	19
5.5 Kunskapsbaserat arbete som grund	19
6 Nulägesbeskrivning	20
6.1 Missbruk och beroende – ett utbredd problem i Sverige	20
6.2 Hur ser det ut i Göteborg?	21
7.1 Missbruk och beroende – vad är vad?	25
7.2 Målgrupper i fokus	27
7.3 Insatser och interventioner som möter individuella behov	30
Bilaga 1 Centrala substanser och preparat inom området i korthet	
Bilaga 2 Tvångsvård	
Bilaga 3 Referenser	

Göteborgs Stads styrsystem

Utgångspunkterna för styrningen av Göteborgs Stad är lagar och författningar, den politiska viljan och stadens invånare, brukare och kunder. För att förverkliga utgångspunkterna behövs förutsättningar av olika slag. Stadens politiker har möjlighet att genom styrande dokument beskriva hur de vill realisera den politiska viljan. Inom Göteborgs Stad gäller de styrande dokument som antas av kommunfullmäktige och kommunstyrelsen. Därutöver fastställer nämnder och bolagsstyrelser egna styrande dokument för sin egen verksamhet. Kommunfullmäktiges budget är det övergripande och överordnade styrande dokumentet för Göteborgs Stads nämnder och bolagsstyrelser.



Dokumentnamn: Göteborgs Stads plan för arbetet mot etablerat missbruk och beroende

Beslutad av: Kommunfullmäktige	Gäller för: Stadens nämnder	Diarienummer: 1344/14 (0044/22)	Datum och paragraf för beslutet: 2017-09-14 § 14
Dokumentsort: Plan	Giltighetstid: 2018- 2023	Senast reviderad: 2023-01-26	Dokumentansvarig: Stadsledningskontoret Avdelningschef Beslutsunderlag och utredning

Sammanfattning

Bakgrund

Det här är en plan för arbetet mot etablerat missbruk och beroende för Göteborgs Stad. Stadens missbruksvård utgår från principen om alla människors lika värde. Människor med ett omfattande och allvarligt missbruk eller beroende av olika droger är särskilt utsatta för försämrad hälsa och olika sjukdomar. Ofta påverkas den sociala livssituationen med negativa konsekvenser för individen själv och för närstående. Missbruk och beroende är mångskiftande och utvecklas sannolikt genom ett samspel av olika sårbarhetsfaktorer. Behoven varierar från person till person. Målgrupper som vi möter är ungdomar, vuxna, barn till missbrukande föräldrar, våldsutsatta kvinnor, personer med samsjuklighet och bostadslösa personer. Det finns behov av att erbjuda ett brett och varierat utbud av insatser, att skapa en större likvärdighet och att förbättra samordningen mellan kommunen och hälso- och sjukvården. Genom kommunstyrelsens initiativ till att arbeta fram en övergripande plan prioriteras frågorna. Planen ska ge vägledning och vara ett stöd för att möta morgondagens behov.

Strategisk inriktning

Planen beskriver riktning och strategiska utvecklingsområden för perioden 2018-2022. Strategierna anger vilka områden vi ska fokusera på och ger svar på vad som i huvudsak ska genomföras. De fyra strategiska utvecklingsområden som vi har identifierat är:

- En sammanhållen och samordnad missbruksvård i staden
- Tillgängliga och individualiserade insatser
- Samverkan som möjliggör och utvecklar
- Kunskapsbaserat arbete och välgrundad kompetens

Vad vill vi uppnå?

En grundläggande värdering är att alla människor har rätt att få hjälp att komma ur sitt missbruk eller beroende. Med stöd av planens mål och strategiområden vill vi uppnå och upprätthålla en jämlik och likvärdig hjälp för personer som har utvecklat ett etablerat missbruk eller beroende. Vår målbild kan sammanfattas så här:

- Den enskilde sätts i fokus och dennes ställning och inflytande är stärkt.
- Vi har ett brett och samordnat utbud där våra gemensamma resurser används på bästa möjliga effektiva sätt.
- Arbetssätt och metoder vilar på en kunskapsbaserad grund som innebär att rekommendationerna i nationella riktlinjer har fått genomslag i verksamheterna.
- Vi tar kontinuerligt del av kunskap och erfarenheter från brukarorganisationer och idéburna verksamheter.
- Våra insatser är koordinerade med hälso- och sjukvårdens.
- Systematisk uppföljning bidrar till långsiktig kunskapsutveckling och lärande.

1 Inledning

Allt fler människor dör av narkotika, vi ser en problematisk cannabisanvändning bland unga, tillgången till nya psykoaktiva substanser ökar och felaktigt bruk av läkemedel leder till beroende. Fler äldre har riskfyllda alkoholvanor och det är enkelt att få tag på dopningspreparat via internet. Missbruk och beroende har många ansikten och är ett växande folkhälsoproblem för samhället i stort liksom för Göteborg. Dagens missbruksvård möter många utmaningar och Göteborgs Stad har en viktig uppgift att försöka hjälpa människor ur missbruk och beroende samt motverka ohälsa, sjukdomar och för tidig död.

Denna plan handlar om området etablerat missbruk och beroende och är ett övergripande inriktningsdokument för Göteborgs Stad som syftar till att stärka och utveckla stadens arbete inom missbruksområdet. Planen fokuserar på användning av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning som har blivit befast och etablerad genom ett dagligt eller så gott som dagligt intag av dessa substanser. Vägen ut ur missbruk och beroende är många gånger lång och krokig. Ofta påverkas såväl den fysiska och psykiska hälsan som den sociala situationen. Vi möter återkommande människor som saknar resurser att på egen hand ta sig ur missbruk och beroende och förändra sin livssituation. Behoven av stöd och behandling kan se olika ut och alla människor har rätt att få en individuellt utformad vård.

Vi behöver gemensamma strategier, utvecklade metoder och ny kunskap som rustar oss för att möta morgondagen. Göteborgs Stads plan mot etablerat missbruk och beroende ska ge vägledning och vara ett stöd för chefer och arbetsledare med ansvar för att driva och utveckla arbetet inom missbruksområdet. Innehållet i planen ska även vara till nytta för berörda nämnder, medarbetare och andra som är intresserade av frågorna.

2 Läsanvisning

Dokumentets första del består av en kort inledande orientering om upprinnelsen till denna plan och vad den syftar till. Här beskrivs stadens samlade viljeinriktning utifrån fyra strategiska utvecklingsområden som sammantaget anger de önskade förbättringar som ska uppnås inom området under perioden. Därefter beskrivs kort hur implementering och spridning av planen ska ske, samt ett stöd för uppföljning av målen.

I planens andra del beskrivs bakgrund och utgångspunkter mer utförligt. Därefter följer en nulägesbeskrivning och ett kapitel med definitioner och målgrupper för att sätta in missbruks- och beroendeproblematiken i ett bredare sammanhang. Denna andra del kan med fördel ses som ett kunskapsunderlag för särskilt intresserade personer.

3 Mål och strategiska områden

3.1 Riktning och mål

Det är mycket angeläget ur ett mänskligt och samhällsligt perspektiv att människor med missbruks- och beroendeproblematik får hjälp att sluta använda droger. Vårt grundläggande synsätt är alla människors rätt att få hjälp att komma ur sitt missbruk och beroende. Faktorer som kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder eller socioekonomiska förhållanden ska inte påverka vilket stöd och vilka insatser man får som enskild. För att kunna möta framtida utmaningar och behov behöver vi genomföra ett medvetet och långsiktigt utvecklingsarbete, där helhetssyn och likabehandling genomsyrar stadens missbruksarbete.

Det uttryckta målet för ANDT-politiken kan även ses som ett visionärt framtida tillstånd genom sin ansats - ”ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk”.

För att kunna styra stadens utveckling av missbruksområdet i önskad riktning finns det ett långsiktigt och övergripande mål samt fyra strategiska utvecklingsområden. De fyra strategiska områdena utgör en målbild för hur staden vill uppnå och upprätthålla en jämlik och likvärdig hjälp för personer som har utvecklat ett etablerat missbruk eller beroende.

Övergripande mål:

Alla invånare ges möjlighet att komma ur missbruk och beroende eller minska missbruket i en sådan omfattning att livssituationen förbättras för individen och för hens anhöriga.

De fyra strategiska utvecklingsområden som har identifierats är:

1. En sammanhållen och samordnad missbruksvård i staden
2. Tillgängliga och individualiserade insatser
3. Samverkan som möjliggör och utvecklar
4. Kunskapsbaserat arbete och välgrundad kompetens

3.2 Strategiska utvecklingsområden

En strategi ger svaret på VAD som i huvudsak ska göras och HUR man går tillväga för att förverkliga en vision samt uppfylla de krav som lagar och omvärld ställer. Strategier beskriver på vilket sätt man vill uppnå sin vision och sina mål på en övergripande nivå och anger vilka områden man ska fokusera på. Syftet är en gemensam målbild för att styra utvecklingsarbete och aktiviteter i riktning mot ett önskvärt resultat.

De fyra strategiska utvecklingsområdena ger en samlad färdriktning för staden, tydliggör vägval och prioriteringar samt anger i huvudsak vad som ska genomföras under planperioden. Strategiområdena identifierades och ringades in i samband med deltagarstyrda workshops utifrån fördjupningsteman. Målen inom strategiområdena är särskilt viktiga eller fokuserar på problem- eller utvecklingsområden.



En sammanhållen och samordnad missbruksvård i staden

Mål

- *Stöd och insatser erbjuds på ett likvärdigt sätt*

Strategier

- » Stadens utbud ska användas effektivt och erbjudas alla
- » Stadens arbete ska präglas av samsyn, gemensam grundstruktur och likvärdighet
- » Det verksamhetsnära utvecklingsarbetet ska genomföras utifrån en gemensam plattform för området missbruk och beroende

En jämlik och likvärdig missbruks- och beroendevård är en angelägen fråga ur ett brukarperspektiv. Negativa konsekvenser av missbruket eller inverkan från andra kan motivera människor att söka stöd och hjälp. Varje enskild person som behöver hjälp att ta sig ur missbruk eller beroende ska veta att det finns tillgång till kvalificerat stöd och behandling när det behövs.

Staden ska erbjuda stöd och insatser på ett jämlikt och mer likvärdigt sätt. Oavsett var i staden man bor och i vilka omständigheter man befinner sig i så ska tillgången till stöd- och behandlingsinsatser vara likvärdig. Det behövs en bättre samordning av stadens utbud så att stöd och insatser blir tillgängliga för alla. En ökad samsyn kring missbruk och beroende och bakomliggande orsaker samt behandlingsmetoder är en del i att uppnå större likvärdighet.

Det finns skillnader inom staden som inte kan kopplas till lokala behov och förutsättningar utifrån befolkningsstruktur. Likvärdigheten påverkas av skillnader i strukturer, organisering, resursfördelning, arbetssätt samt tillgång till arbetsledning, personal, stödresurser och kompetens. Lokala variationer som direkt berör enskilda handlar om väntetider, behovsbedömning och tillgänglighet till stöd och insatser.

Staden behöver genomföra ett utvecklingsarbete. Det kommer krävas mer samverkan mellan stadens alla verksamheter och mer enhetliga metoder och arbetssätt. För att kunna använda resurserna på bästa sätt behöver vi också se över den ekonomiska hanteringen, avtal och överenskommelser. Den så kallade plattformen för socialtjänstens arbete med missbruks- och beroendefrågor är arenan för stadens enhetschefer att gemensamt driva arbetet mot de mål som anges i planen.



Tillgängliga och individualiserade insatser

Mål

- *Stöd och insatser är tillgängliga när de efterfrågas*
- *Brukaren är delaktig och har inflytande vid planering av insats*
- *Barn, anhörigas och närståendes behov av eget stöd är uppmärksammat*

Strategier

- » Ett brett utbud av stöd och insatser ska erbjudas utifrån individens behov, önskemål och livssituation
- » Brukaren ska ges möjlighet att vara delaktig och utöva inflytande vid utformning av insatser
- » Stärkt öppenvård ska vara grunden för stadens missbruksvård
- » Barn, anhörigas och närståendes behov av eget stöd ska uppmärksammas
- » Bostad, sysselsättning och arbete ska vara en del i en samlad helhetssyn
- » Institutionsvård ska vara ett alternativ när insatser på ”hemmaplan” eller i öppenvård inte är tillräckliga

Människors behov av stöd och behandling är mångskiftande och kan variera över tid. Stöd och insatser ska inte enbart fokusera på missbruket utan måste inkludera människors hela livssituation. Den enskilde ska ha inflytande och kunna påverka vilket stöd och vilken behandling hen får. Därför är det viktigt med ett brett och kunskapsbaserat utbud av stöd och insatser.

Stadens befintliga utbud av motiverande, behandlande och upprätthållande insatser behöver kompletteras. För att bättre möta människors behov behövs fler behandlingsmetoder, ökad samordning av individuella insatser och utvecklade former för stöd till familjer och anhöriga. Vägar till sysselsättning och boende behöver stärkas. I de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende finns rekommendationer om insatser som ökar kvaliteten för personer med olika grader av alkohol- och narkotikaproblem.

Ett viktigt vägval är att en stärkt öppenvård¹ ska vara grunden för stadens missbruksvård. Institutionsvård är fortfarande ett alternativ när stöd och insatser i öppenvård eller på annat sätt i närmiljön inte är tillräckliga. Val av insats och behandlingsnivå ska alltid ske utifrån individuell behovsbedömning. Senare tids forskning visar att betydelsen av institutionsvård har överskattats medan betydelsen av faktorer utanför institutionen har ökat. Vikten av att involvera familj och anhöriga i behandlingen har uppmärksamrats alltmer. Konstruktivt stöd från det personliga sociala nätverket har visat sig ha en positiv påverkan både på människors benägenhet att söka hjälp för sina alkohol- och narkotikaproblem och på utfallet av

¹ Olika stöd- och behandlingsinsatser som erbjuds i närområdet inom socialtjänstens ram. Begreppet avser i detta sammanhang inte tidiga eller allmänt förebyggande insatser.

behandlingen. Institutionerna varierar stort när det gäller innehåll, behandlingsprogram och organisering. Det har gjort det svårare att utvärdera effekterna av institutionsvården. Dagens forskning innehåller relativt lite stöd för goda resultat av institutionsvård².

Stödet till barn som växer upp i familjer där det finns problem med missbruk eller beroende behöver utvecklas. Fler barn ska uppmärksammas och erbjudas individuellt stöd eller gruppverksamhet. Ett samordnat familjeperspektiv innebär att också föräldrarna får det stöd de behöver.

Boendesituationen är särskilt viktig och fler personer behöver få tillgång till ett eget och självständigt boende i form av "bostad först". Arbete och sysselsättning bidrar till att skapa struktur och regelbundenhet i vardagen men kan också påverka behandlingen i positiv riktning. Brist på meningsfull sysselsättning är en av de vanligaste orsakerna till återfall. Tillgången till sysselsättning i form av arbete eller utbildning för målgruppen behöver öka. Sysselsättningsinsatser kan erbjudas separat eller länkas till boendeformer med stöd som målgruppen erbjuds.

2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, rapport 252/2016, Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård.



Samverkan som möjliggör och utvecklar

Mål

- *Samverkan mellan huvudmännen är effektiv genom tydliggjort ansvar, kontinuitet och helhets-syn*

Strategier

- » Samverkan ska utmärkas av helhetssyn och verka för gemensamt ansvarstagande
- » Samverkan ska bidra till ett behovsanpassat utbud samt koordinerade och samordnade stöd- och behandlingsinsatser
- » Det gemensamma ansvaret för missbruks- och beroendevården ska klargöras i lokala samarbetsavtal och överenskommelser
- » Stärkt samverkan med brukarorganisationer och idéburna verksamheter ska tillföra mervärde och göra skillnad för individer och grupper
- » Vård- och stödsamordning och samordnad individuell plan ska användas för personer med behov av samordnade insatser från två eller flera huvudmän

Det är en stor utmaning för staden att koordinera och samordna vård- och behandlingsinsatser till framför allt vuxna utifrån kommunens och hälso- och sjukvårdens gemensamma ansvar. Staden förfogar inte över alla delar som behövs. Samverkan måste omsättas till konkret handling där vi ökar tillgången till samordnade insatser. Samverkan ska även inkludera andra aktörer som till exempel Kriminalvården. Den nya länsöverenskommelsen om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk ger en grund för ansvarstagande och gemensam utveckling. Därutöver behöver lokala samverkansstrukturer göras starkare och stödjas på ledningsnivå.

Det finns en välfungerande vårdkedja för ungdomar som behöver stöd och hjälp att komma ur sitt missbruk eller beroende. En motsvarande vårdkedja finns inte för vuxna. Resursbrist och hög personalomsättning inom hälso- och sjukvårdens beroendevård påverkar också stadens missbruksarbete. Begränsad tillgång till abstinensvård och medicinsk behandling leder ofta till återkommande akuta och kortvariga insatser. Det behövs ett hållbart och långsiktigt utvecklingsarbete för att säkerställa att samtidiga eller kompletterande insatser tillhandahålls från såväl kommunen som från hälso- och sjukvårdens beroendevård när de behövs.

Fler personer har komplex problematik i form av missbruk eller beroende i kombination med psykisk ohälsa. Det behövs mer psykosocialt stöd och samtidiga vård- och behandlingsinsatser till målgruppen. Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen planerar att starta ett mellanvårdsboende för personer med svår psykisk sjukdom i kombination med missbruk. Personerna ska erbjudas ett tryggt boende med tillgång till viss sjukvård. Det planerade mellanvårdsboendet är ett exempel på en efterfrågad integrerad verksamhet för personer med samsjuklighet. Lokala avtal och överenskommelser ska reglera huvudmännens ansvar, insatser och samordning.

Även brukarorganisationer och idéburna verksamheter är källor av kunskap som spelar en

betydande roll inom missbruks- och beroendområdet, både med kamratstöd och hjälp till självhjälp samt som utförare av vård. Brukarorganisationer kan fånga upp brukares erfarenheter och peka på brister och viktiga utvecklingsområden. Som utförare av vård tillför de ideella organisationerna alternativa insatser och bidrar till att göra vården mer varierad.

Det finns goda möjligheter att bättre ta tillvara kunskap, erfarenheter och engagemang hos brukarorganisationer och idéburna verksamheter för att utveckla stadens verksamheter. Kontinuerliga träffar mellan idéburna verksamheter och tjänstemän i staden bygger, stärker och håller samverkan vid liv. Göteborgs Stad ska vara initiativtagare till framtida träffar och fungera som ”spindel i nätet”.

Några viktiga verktyg som stärker den enskildes ställning och skapar struktur, samordning och helhetssyn i dennes livssituation är Vård- och stödsamordning (VSS) och samordnad individuell plan (SIP). Vård- och stödsamordning kan beskrivas som en strukturerad samverkansmodell för personer med behov av omfattande och samordnade insatser från två eller flera huvudmän. Samordnad individuell plan ska upprättas tillsammans med brukare om det finns behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård när samordning bör genomföras. Vi ska öka tillämpningen av de här verktygen genom noggrann uppföljning, redovisning och analys i samverkansgruppen för missbruks- och beroendefrågor (Berosam).



Kunskapsbaserat arbete och välgrundad kompetens

Mål

- *Insatser och metoder som används utgår från de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården*
- *Beviljade och utförda insatser följs upp på ett systematiskt sätt*

Strategier

- » Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende ska vara vägledande
- » När vetenskaplig grund saknas ska dokumenterad och beprövad erfarenhet över tid tillämpas
- » Systematisk uppföljning av insatser och resultat ska bidra till långsiktig kunskapsutveckling och lärande
- » Medarbetare och ledare ska ha adekvat kunskapsnivå för att genomföra uppdraget

Det är angeläget att ny forskning och ny kunskap – vid sidan av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna – kontinuerligt förändrar och utvecklar stadens samlade missbruksvård. Viktiga framtidsfrågor att bevaka för kunskapsutveckling är till exempel studier kring vad som bidrar till återhämtningsprocesser (recovery) och uppbrottsprocesser (exitprocesser) från missbruk och beroende.

Forskning och teori ska synliggöras i stadens missbruksvård. Starkare band ska därför knytas till centrubildningen CERA³, FoU-enheten hos Göteborgsregionens kommunalförbund, Linnéuniversitetet och till andra lärosäten. Det ska ske genom dubbelriktad kommunikation, dialog och utbyte av kunskap mellan praktiker på fältet och forskare.

När vetenskaplig grund saknas ska vi tillämpa dokumenterad och beprövad erfarenhet över tid. Lokal kunskap och erfarenhet ska förvärvas genom systematisk uppföljning av insatser och resultat. För att följa upp utfallet av våra insatser ska vi använda de bedömningsinstrument som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

Kunskapsutvecklingen ska omsättas till handling och styra mot önskvärda resultat – såsom insatser som minskar missbruket eller beroendet, förbättrar livssituationen och stabiliserar familjesituationen. Stadens missbruksvård ska bli bättre på att uppnå de resultat som är av störst betydelse för brukarna.

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet, och det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Personer med missbruk och beroende utgör en heterogen grupp med olika behov och svåra tillstånd och där samtidig psykisk sjukdom och missbruk eller beroende förekommer. Några viktiga förutsättningar för att stadens missbruksvård ska

³ Centrum för forskning och utbildning kring riskbruk, missbruk och beroende (CERA) är en tvärvetenskaplig och partsammansatt centrubildning vid Göteborgs universitet för forskning och undervisning inom beroendområdet.

kunna stärkas och utvecklas är därför en stabil bemanning och en relevant kunskapsnivå hos medarbetare och chefer.

För att genomföra den viljeinriktning som denna plan anger krävs en fördjupad kompetensutveckling för handläggare inom myndighetsutövningen, för medarbetare i utförande verksamhet samt för arbetsledare och chefer. Kompetensutvecklingsinsatserna ska riktas mot följande områden:

- Bredda och utöka stadens utbud av stöd och insatser utifrån rekommendationerna i Nationella riktlinjer
- Systematisk uppföljning av insatser och vad de leder till
- Riktad fördjupning om området missbruk och beroende på mer avancerad nivå
- Stärka 1:e socialsekreterarens/gruppchefens roll och funktion som arbetsledare

Kompetensförsörjningen inom området missbruk och beroende behöver säkerställas. Behoven av kompetens i verksamheten förändras samtidigt som konkurrensen om den bästa arbetskraften ökar. På senare tid har personalomsättningen ökat inom framförallt myndighetsutövningen inom missbruks- och beroendevården. Det har blivit svårare att rekrytera erfarna socionomer och också svårt att behålla medarbetare. Faktorer som kan få medarbetare att stanna kvar i yrket är att få stöd i sin profession, möjlighet till delaktighet, möjlighet till kompetensutveckling och god tillgång till nära arbetsledning. För att säkerställa att stadens framtida missbruks- och beroendevård håller god kvalitet behöver medarbetare ha rimliga förutsättningar att utföra sitt arbete och chefer måste ha tid att leda.

4 Implementering, genomförande och uppföljning

4.1 Implementering

Planen anger ett långsiktigt och övergripande mål samt konkreta mål för att kunna styra utvecklingen i önskad riktning. Inom varje strategiområde beskrivs vägval och prioriteringar som i huvudsak anger hur de operativa målen ska nås under planens giltighetstid 2018-2022.

Implementeringsprocessen har startats parallellt med att planen har arbetats fram. Berörda chefer på olika nivåer i staden, brukare, brukarorganisationer och idéburna organisationer har involverats i arbetet liksom hälso- och sjukvård och kriminalvård. Många medarbetare i staden känner till planen och dess syfte.

Värdefulla synpunkter har inhämtats från olika remissinstanser och arbetats in i planen.

När planen har fastställts ska en spridningskonferens genomföras för chefer, nyckelpersoner och medarbetare. En seminarieserie planeras för 2018 som ett led i den fortsatta implementeringen och förankringen. Seminarieserien ska utgå från olika teman som knyter an till planen.

4.2 Genomförande

Den gemensamma plattformen för missbruks- och beroendefrågor är verktyget för att genomföra identifierat utvecklingsarbete och omsätta intentionerna i planen till handling. Kopplingen mellan planen och plattformen är tydliggjord i uppdragsbeskrivningen.

Plattformen omfattar myndighetsutövning, biståndsbedömd utförarverksamhet samt serviceinsatser. Den representeras av stadens enhetschefer inom området. Syftet är ökad likvärdighet och stärkt ställning för de människor som behöver stöd och hjälp. Plattformen ska bidra till en hög grad av samsyn och gemensamma utgångspunkter för staden när det gäller insatser, metoder, rutiner, kvalitet och systematisk uppföljning.

4.3 Uppföljning och revidering

Uppföljning av mål handlar om lärande och är en förutsättning för att kunna styra utvecklingen i önskad riktning. Till stöd för uppföljning av planens intentioner och strategiska utvecklingsområden finns en struktur med mål, indikatorer, metod, tidpunkt och ansvar.

Giltighetstiden för planen är januari 2018 till och med december 2022. Planen föreslås följas upp och revideras under andra halvåret 2020.

Smärre korrigeringar i planen med anledning av eventuella förändringar i styrdokument under pågående giltighetstid bör kunna ske utan beslut av kommunstyrelsen. Mer omfattande förändringar som påverkar viljeinriktning och genomförande av utvecklingsarbete ska kommunstyrelsen fatta beslut om.

44 Struktur för uppföljning

Övergripande mål:

Alla invånare ges möjlighet att komma ur missbruk och beroende eller minska missbruket i sådan omfattning att livssituationen förbättras för individen och för hens anhöriga.

Mål	Indikator/mått	Metod för uppföljning	Tid för uppföljning	Ansvar för uppföljning
Strategiområde 1: En sammanhållen och samordnad missbruks- och beroendevård i staden				
Stöd och insatser erbjuds på ett likvärdigt sätt	Insatser fördelade mellan socialförvaltningarna (nyttjandegrad av behandlings- och boendeinsatser)	Statistik och samlad analys från utförande verksamheter.	2018, därefter vartannat år	Enhetschefer för utförande verksamheter
Strategiområde 2: Tillgängliga och individualiserade insatser				
Stöd och insatser är tillgängliga när de efterfrågas	Väntetid i antal dagar för nybesök hos handläggare Antal ej verkställda beslut inom 3 månader Insatser som erbjuds motsvarar faktiska behov	Könsuppdelad statistik från Treserva Könsuppdelad statistik från Treserva Fokusgrupp med brukare	2018, därefter vartannat år, inom ramen för Kvalitetsrapport IFO/FH	Enhetschefer för myndighetsutövning
Brukaren är delaktig och har inflytande vid planering av insats	Skattning av delaktighet och inflytande Andel upprättad med och undertecknad genomförandeplan av enskilda	Resultat från brukarenkät Könsuppdelad statistik från Treserva	2018, därefter vartannat år, inom ramen för Kvalitetsrapport IFO/FH	Berörda enhetschefer för området
Strategiområde 3: Samverkan som möjliggör och utvecklar				
Samverkan mellan huvudmännen är effektiv genom tydliggjort ansvar, kontinuitet och helhetsyn	Antal specifika samarbetsavtal/lokala överenskommelser som tydliggör ansvar Antal vård- och stödsamordning (VSS) och antal samordnade individuella planer (SIP) som används för personer med behov av samordnade insatser från minst två huvudmän Antal avvikelser som rör samverkan och som lett till förbättringar	Manuell inventering. Samlad analys och bedömning. Manuell inventering. Sammanställning och analys. Manuell inventering. Sammanställning och analys.	2018, därefter vartannat år	Samverkansgruppen Berosam
Strategiområde 4: Kunskapsbaserat arbete och välgrundad kompetens				
Insatser och metoder som används utgår från nationella riktlinjer för området	Antal insatser/metoder som används och rekommenderas i Nationella riktlinjer	Uppföljningsverkstad	2018, därefter vartannat år, inom ramen för Kvalitetsrapport IFO/FH	Berörda enhetschefer för området
Beviljade och utförda insatser följs upp på ett systematiskt sätt	Andel service- och biståndsbedömda insatser som följs upp	Könsuppdelad statistik från ASI och DOK	2018, därefter vartannat år, inom ramen för Kvalitetsrapport IFO/FH	Berörda enhetschefer för området

5 Bakgrund och utgångspunkter

5.1 Uppdrag, omfattning och avgränsningar

Kommunstyrelsen i Göteborg tog i slutet av 2014 initiativ till att en stadsövergripande plan skulle tas fram för att stärka och utveckla delar av stadens missbruks- och beroendevård. Den ursprungliga avsikten var att främst rikta fokus mot omfattande och allvarligt narkotikamissbruk. På grund av att blandmissbruk ökat breddades uppdraget till att omfatta etablerat missbruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra liknande medel som påtagligt påverkar människors liv och vardag.

Göteborgs Stads Plan för arbetet mot etablerat missbruk och beroende är ett stadsövergripande styrdokument som anger färdriktning, strategier och mål kring vad som ska uppnås inom området under perioden 2018-2022. Av planen framgår också hur arbetet ska följas upp.

Planen ska bidra till att målgruppens behov synliggörs, att stöd och insatser präglas av helhetssyn och likabehandling, att brukarens ställning stärks och att samarbetet utvecklas inom staden liksom med andra aktörer. När det finns behov av individuella insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst ska det gemensamma ansvaret tydliggöras.

Såväl stadens myndighetsutövning som utförande verksamheter är väsentliga i arbetet för att utveckla en kunskapsbaserad socialtjänst. Planen inkluderar både en vidareutveckling av befintlig verksamhet och att pröva nya arbetssätt och metoder för målgruppen. Planen ger vägledning till stadens framtida missbruksvård men intentionerna måste omsättas till handling. Detta sker med fördel i det gemensamma plattformarbete⁴ för socialtjänstens arbete kring missbruk och beroende som startade under hösten 2016.

Denna plan omfattar inte riskbruk som handlar om den konsumtion som ännu inte har utvecklats till missbruk eller beroende, men som riskerar att göra det om den fortsätter. Missbruk och beroende av spel, mat eller sex ingår inte heller i denna plan.

Stadsledningskontoret har i uppdrag att ta fram ett stadsövergripande styrdokument för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet (ANDT) 2017-2020 med fokus på hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. Planen för arbetet mot etablerat missbruk och beroende och kommande styrdokument för ANDT-området har arbetats fram samtidigt och synkroniserats tidsmässigt.

5.2 Genomförande

I början av 2016 gjordes en enkätundersökning med chefer i Göteborgs Stad för att få en samlad nulägesbild av stadens missbruksarbete, få kunskap om behov och faktiska förhållanden och få fram förslag till utveckling och förändring. Undersökningens resultat var en startpunkt i arbetet med att ta fram en övergripande plan och ett underlag för fortsatt fördjupningsarbete utifrån olika teman.

⁴ Med plattformarbete avses utveckling och förstärkning av gemensamma strukturer och arbetssätt för stadens missbruksarbete. I plattformarbetet ingår myndighetsutövning och utförande verksamheter.

En bra plan förankras inte när den är klar, utan under planens uppbyggnad!

Mobiliseringsarbetet har varit en viktig språngbräda för att utveckla stadens missbruksarbete. Mobilisering och förankring av planen har skett successivt, vilket underlättar implementering i ordinarie verksamhet. Redan från början har en bred delaktighet skapat genom så kallade deltagarstyrda workshops där dialog har förts kring angelägna teman. Arbetssättet har säkerställt att så många idéer, tankar och synpunkter som möjligt har kommit fram och bidragit till att planen är nära kopplad till praktiken.

5.3 Styrande och vägledande dokument samt utgångspunkter

Denna plan har arbetats fram med stöd av lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer som berör missbruks- och beroendområdet samt rapporter och analyser som tillfört fakta och kunskap till området.

5.3.1 Lagstiftning

Ansvaret för missbruks- och beroendevården är idag delat mellan främst kommunen som huvudman för socialtjänsten och landstinget eller regionen som huvudman för hälso- och sjukvården. Men även staten har ansvar, bland annat för tvångsvård.

Jämlik vård är själva kärnan i hälso- och sjukvårdslagen⁵ som beskriver att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Missbruk och beroende uppmärksammas inte särskilt i lagstiftningen, men går in under denna ram.

I socialtjänstlagen (SoL) pekas socialtjänstens särskilda ansvar ut för att motverka och förhindra missbruk bland barn, unga och vuxna. Det särskilda ansvaret innebär att aktivt sörja för att den enskilde får den hjälp och stöd den enskilde behöver för att komma ifrån missbruket⁶. De insatser som myndigheten fattar beslut om ska så långt som möjligt ges i frivilliga former med beaktande av den enskildes självbestämmanderätt.

5.3.2 Nationella riktlinjer

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende⁷ är ett centralt dokument som direkt berör arbetet med personer med missbruks- och beroendeproblematik och deras närstående. Riktlinjerna syftar till att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten och att bidra till att patienter, brukare och klienter får en jämlik och god vård. Riktlinjerna innehåller rekommendationer om vilka åtgärder och metoder som socialtjänsten och hälso- och sjukvården bör erbjuda utifrån bästa tillgängliga kunskap. Det är angeläget att missbruks- och beroendevården kan erbjuda ett brett utbud av vetenskapligt utvärderade och effektiva behandlingsmetoder, och genom att tillämpa nationella riktlinjer säkerställer vi detta.

5 Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL

6 5 kap. 1§, 9§ och 9a§ SoL

7 Nationella riktlinjer om vård och stöd vid missbruk och beroende, stöd för ledning och styrning, Socialstyrelsen april 2015.

5.3.3 ANDT-strategin

Det övergripande målet för ANDT-politiken är ”ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk”, enligt regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020. Målet bygger på visionen om ett samhälle där alla ska kunna växa upp och leva utan risk att skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak. Strategin innehåller ett tydligt jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv som måste genomsyra ANDT-arbetet på alla nivåer för att få genomslag. En utgångspunkt för hela ANDT-politiken är rätten till bästa uppnåeliga hälsa som bygger på FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter⁸.

5.3.4 Göteborgs Stads budget

Denna plan förhåller sig också till den budget som kommunfullmäktige beslutar om varje år och som är överordnad alla andra styrdokument i Göteborgs Stad. I budgeten uppmärksammas särskilt att de mänskliga rättigheterna och jämställdhetsperspektivet ska genomsyra stadens alla verksamheter. Individ- och familjeomsorgen har en viktig funktion i arbetet för ett jämlikt Göteborg och ger struktur och stöd när människan är som skörast. Vårt förhållningssätt ska kännetecknas av respekt för individens frihet, integritet och självbestämmande. Arbetsmetoder och utformning av verksamheten ska utgå från forskning och beprövad erfarenhet. Arbetet behöver organiseras så att mer tid frigörs för arbete med enskilda och grupper. Samverkan med Västra Götalandsregionen behöver fördjupas, inte minst inom missbruksvården⁹.

5.3.5 Människors lika värde

Göteborg ska vara en stad för alla. En grundläggande princip är att alla har lika värde som tar sin utgångspunkt i FN:s allmänna förklaring om mänskliga rättigheter. Diskrimineringslagen innebär rätten att inte bli diskriminerad utifrån kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Människor är olika, men har samma rättigheter och skyldigheter. Göteborg Stad ska därför bemöta och behandla invånare på ett likvärdigt sätt och erbjuda likvärdig tillgång till välfärdstjänster och annan kommunal service.

Arbetet med mänskliga rättigheter i stadens verksamheter ska utgå ifrån ett normkritiskt arbetssätt för att förebygga diskriminering. Ett normkritiskt perspektiv hjälper oss att synliggöra, problematisera och förändra begränsande strukturer. Det normkritiska förhållningssättet kan ses som ett verktyg för att skapa förutsättningar för att förändra maktstrukturer och långsiktigt främja lika rättigheter och möjligheter.¹⁰

8 En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020, Skr. 2015/16:86

9 Mål och inriktningsdokument för Göteborgs Stads budget 2017

10 Hämtat från Göteborgs stads webbplats, Mänskliga rättigheter i Göteborgs Stad och webbplatsen Jämställ.nu, fakta normkritik

5.4 Det gemensamma ansvaret

Möjligheten att tillhandahålla en effektiv, jämlik och tillgänglig missbruks- och beroendevård påverkas av det delade huvudmannskapet mellan kommun och landsting eller region. Lagstiftningen reglerar endast ansvar för olika målgrupper och insatser på en övergripande nivå, vilket innebär att det finns ett stort tolkningsutrymme för huvudmännen. Otydligt ansvar kan i förlängningen drabba människor i form av bristande tillgänglighet och samordning. Det delade huvudmannskapet förutsätter samverkan inom och mellan huvudmännen, inte minst för personer med samsjuklighet med till exempel missbruk/beroende och somatisk sjukdom eller missbruk/beroende och annan psykiatrisk diagnos. Behovet av samverkan ökar eftersom allt fler personer identifieras med sammansatta behov. Många personer med missbruks- och beroendeproblem har komplexa behov relaterade till fysisk och psykisk hälsa, relationer och andra sociala och psykosociala faktorer. Detta ställer stora krav på samordning, koordinering och integrering av olika vård- och stödinsatser.

En förutsättning för att den enskildes behov ska tillgodoses är att det finns överenskommelser och riktlinjer i länet mellan huvudmännen dels om samarbete, dels om tydlig ansvarsfördelning inom och mellan kommun och landsting eller region. Sedan 2013 finns det likalydande bestämmelser i HSL och SoL om att kommun och landsting eller region ska komma överens om samarbete kring personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel¹¹.

Ett nytt regionalt avtal¹² har arbetats fram som gäller från och med april 2017. Överenskommelsen reglerar ansvarsfördelning och samarbetsfrågor för personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruksproblematik. Syftet är att skapa en sammanhållen vård och behandling för den enskilda individen.

5.5 Kunskapsbaserat arbete som grund

Bakom varje beslut om en insats eller åtgärd ska det finnas tillförlitlig kunskap om att insatsen leder till önskat resultat för den berörde brukaren i den situation denne befinner sig i. Evidensbaserad praktik innebär i korthet att man väljer insatser eller metoder genom att väga samman kunskap som finns inom forskningen, kunskap i socialarbetarens egen och praktikens erfarenheter, och den kunskap som socialarbetaren får av den brukare han eller hon har framför sig.

Socialdepartementet har en mer utförlig definition på evidensbaserad praktik. ”En evidensbaserad praktik är ett förhållningssätt för ett ständigt och systematiskt lärande, där brukare och de professionella, utifrån bästa tillgängliga kunskap, tillsammans fattar beslut om lämpliga insatser i den mån brukaren eller hans eller hennes närstående kan och vill vara delaktiga. Vetenskap blir användbar först när den integreras med professionell erfarenhet och förmåga samt brukarnas situation och önskemål.”

Idag har benämningen kunskapsbaserad praktik vunnit mark och används ofta synonymt med evidensbaserad praktik. Kunskapsbaserad praktik kan uppfattas som något mjukare och mindre kategoriskt.

11 Hälso- och sjukvårdslagen, HSL 8 b § och 5 kap 9a § Socialtjänstlagen, SoL

12 Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk

6 Nulägesbeskrivning

6.1 Missbruk och beroende – ett utbrett problem i Sverige

Missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel orsakar stora negativa effekter för många personer i Sverige. Ofta påverkas både den fysiska och psykiska hälsan liksom den sociala situationen. Det finns också en hög grad av samsjuklighet bland personer med missbruks- och beroendeproblematik. Om man dessutom inkluderar närstående blir det tydligt att många människor, direkt eller indirekt, påverkas och drabbas av missbrukets eller beroendets konsekvenser.

I Sverige konsumerar vi i genomsnitt cirka 9,4 liter ren alkohol per person och år (15 år och äldre). Genomsnittet är lägre än för Europa. Andelen som intensivkonsumerar¹³ alkohol minst en gång per månad uppgår till cirka 10-15 procent av befolkningen i åldrarna 16-84 år. Den månatliga intensivkonsumtionen har minskat de senaste fem åren. Det är framförallt ungdomar som har minskat sin konsumtion medan intensivkonsumtionen bland äldre (65-84 år) istället har ökat.¹⁴

Missbruk och beroende hos vuxna är i högre grad ett problem bland män än bland kvinnor. Av dem med missbruk och beroende av alkohol eller narkotika är ungefär två tredjedelar män och en tredjedel kvinnor. Missbruk och beroende av läkemedel är vanligare bland kvinnor medan missbruk och beroende av cannabis och dopningsmedel är vanligare bland män. Andelen ungdomar och vuxna som uppger att de någon gång prövat anabola steroider är förhållande vis låg: cirka en procent av männen och en knapp promille av kvinnorna¹⁵.

När det gäller frivillig institutionsvård enligt SoL så har antalet personer minskat med cirka 8 procent de senaste tio åren. Utvecklingen för tvångsvård enligt LVM har gått i motsatt riktning och istället ökat med cirka 14 procent för samma tidsperiod.

De senaste tio åren har de narkotikarelaterade dödsfallen ökat påtagligt i Sverige. Orsaker till dödsfallen är olycksfall i form av överdoser, självmord, läkemedel, blandmissbruk och nättdroger. Ökningen är dock inte så stor som tidigare rapporterats. När hänsyn har tagits till förändringar i själva mätmetoden¹⁶ uppgår den reella narkotikarelaterade dödligheten till drygt 30 procent för perioden 2008-2014¹⁷. Idag består de flesta narkotikadödsfallen av opioiddödsfall och flertalet av dem är syntetiska opioider som metadon, fentanyl och oxikodon. Dessa preparat svarar i stort sett för hela ökningen de senaste åren. I Göteborg finns en större andel narkotikadödlighet som beror på opioidläkemedlen metadon, buprenorfin och fentanyl än jämfört med Stockholm. Den ökande tillgängligheten av starka opioider är särskilt oroväckande bland unga vuxna under 30 år.

13 Intensivkonsumtion innebär en alkoholkonsumtion av fem standardglas eller fler vid ett och samma tillfälle för män och fyra standardglas eller fler för kvinnor, Kunskapsguidens hemsida

14 Alkoholkonsumtionen i Sverige 2015, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Rapport 160

15 Dopning i samhället – Vad? Hur? Vem? Varför? Statens folkhälsainstitut 2011

16 Förbättrade rättsmedicinska analyser och rutiner för registrering och kodning

17 Drug-related deaths in Sweden, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), rapport 158, 2016

6.2 Hur ser det ut i Göteborg?

Socialtjänstens ansvar för stöd och insatser till personer med missbruk och beroende omfattar såväl utredning som behandling. Kommunens handläggare utreder behov hos personer med missbruks- och beroendeproblematik men utför i regel inte eget behandlingsarbete. När beslut om en insats är fattat kan insatsen påbörjas av en utförande verksamhet. Utföraren kan vara såväl en verksamhet inom kommunens socialtjänst som en privat utförare.

6.2.1 Tillgängliga resurser

Stadens missbruksvård är idag organiserad och utformad för att möta människor med problem relaterade till missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, lösningsmedel eller kombinationer av dessa. De specialiserade verksamheterna tillhandahåller ett stort antal insatser i form av stöd, vård och behandling samt boende för enskilda och för grupper med mångskiftande missbruks- eller beroendeproblematik. Yrkesverksamma inom området har kunskap och kompetens för att möta människor med olika behov.

Både kommunen, hälso- och sjukvården och frivilligsektorn har verksamheter som invånarna i staden har tillgång till. På nästa sida finns en sammanställning av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens resurser.

6.2.2 Insatser, metoder och arbetsätt

Ungdomar, unga vuxna och vuxna med missbruks- och beroendeproblematik kan behöva olika former av insatser. För behandling av missbruk och beroende erbjuds psykologisk och psykosocial behandling där samtalskontakten är basen i behandlingen. Psykologisk behandling fokuserar mer på intrapsykiska processer, medan psykosocial behandling fokuserar mer på den sociala situationen och sammanhanget. Därutöver kan psykosocialt stöd erbjudas i form av arbetsträning/sysselsättning, boende, samordning av insatser samt stöd till anhöriga och närstående.

En del av stadens metoder har ett vetenskapligt stöd och rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Till exempel använder staden i hög utsträckning bedömningsinstrumenten ASI (Addiction Severity Index) och DOK (Dokumentationssystem inom missbrukarvården) samt behandlingsmetoderna MI (Motiverande samtal), KBT (Kognitiv beteendeterapi), tolvstegsbehandling, HAP (Haschavvänjningsprogram), CPU (Cannabisprogram för ungdomar) och ÅP (Återfallsprevention). Staden behöver bredda och komplettera utbudet av behandling till vuxna, familjer och anhöriga. Tillgången till boende och sysselsättning behöver öka.

6.2.3 Vad ryms inom hälso- och sjukvårdens ansvar?

Beroendevården i Göteborg erbjuder kvalificerad vård och behandling för personer med missbruks- och beroendeproblematik. Verksamheten tillhandahåller medicinska och psykologiska insatser inom slutna heldygnsvård och inom öppenvårdens specialistmottagningar. Områden som är hälso- och sjukvårdens ansvar är tillnyktringsverksamhet, abstinensvård, läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (LARO) och att genomföra sprututbytesprogram.

Verksamhet	Verksamhetsbeskrivning	Drivs av
För ungdomar (verksamheterna är viktiga länkar i en uppbyggd vårdkedja)		
Mini-Maria*	Fyra mottagningar som erbjuder lättillgänglig öppenvård för ungdomar upp till 21 år och deras föräldrar	Gemensamt huvudmannskap Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen
Götateamet	Genomför förstärkt hemmabaserad vård för ungdomar med missbruk eller beroende	Göteborgs Stad
Avdelning 306	Avgiftning eller abstinensbehandling för ungdomar 16-21 år som missbrukar alkohol eller narkotika	Västra Götalandsregionen
För vuxna		
Behandlingsgruppen för drogproblem *	Tre mottagningar erbjuder samtalsstöd för vuxna personer och deras anhöriga	Göteborgs Stad
Respons alkohol-rådgivning	Erbjuder samtalsstöd för personer som dricker för mycket alkohol, är anhöriga eller har vuxit upp med alkoholproblem	Göteborgs Stad
Öppenvårdsbehandling, socialkontor	Flera av stadens socialkontor har öppenvårdsbehandling i anslutning till myndighetsutövningen	Göteborgs Stad
Uppsökande verksamhet	Fältassistenter med uppdrag att försöka få kontakt med människor som sover ute och motivera dem att ta emot hjälp	Göteborgs Stad och frivilligsektorn
Järntorgsteamet	Samverkansteam för personer med komplex problematik av missbruk, beroende och psykisk sjukdom.	Drivs gemensamt av Göteborgs Stad, Västra Götalandsregionen och kriminalvården
Lärjeholm	Utrednings-, motivations- och behandlingshem för män 18-35 år med narkotikamissbruk	Gryning Vård AB
Strandgården	För kvinnor över 18 år med alkohol- och drogberoende	Gryning Vård AB
Beroendemottagning	Fyra beroendemottagningar för personer med missbruk/beroende av alkohol, läkemedel eller narkotika i kombination med psykiska besvär	Västra Götalandsregionen
Tillnyktringsenhet	Enhet för personer som behöver tillsyn i samband med tillnyktring	Västra Götalandsregionen
Substitutionsmottagning	Fyra mottagningar erbjuder medicinsk behandling till personer med opioidberoende	Västra Götalandsregionen
Avdelning 367, 368, 369 och Nordhemskliniken	Erbjuder akutvård, abstinensbehandling och öppenvård	Västra Götalandsregionen
Mödra-barnhälso-teamet i Haga	Stöd till kvinnor som behöver avstå från alkohol och droger under graviditeten	Västra Götalandsregionen
Stigbergskliniken	Erbjuder akutvård och öppenvård för män och kvinnor med alkohol- och drogproblem	Stadsmissionen
Vårdcentral för hemlösa	Vårdcentralen riktar sig till hemlösa och erbjuder både sjukvård och tandvård	Västra Götalandsregionen
För bostadslösa		
1 100 platser	Social resursförvaltning erbjuder boende med individuellt stöd. Merparten av platserna är för personer med missbruk eller beroende.	Göteborgs Stad
200 platser	Boende för bostadslösa personer inom andra förvaltningar i Göteborgs stad	Göteborgs Stad
800 platser	Komplement till stadens utbud utifrån upphandling eller särskilda avtal	Stadsmissionen, Skyddsvärnet, Räddningsmissionen och de privata fastighetsägarna

* Enheterna remitterar vid behov personer som missbrukar dopningsmedel till Dopningsmottagningen i Örebro.

6.3.4 Vilka enskilda och grupper möter vi?

Under 2016 var 1 400 personer med egen missbruks- eller beroendeproblematik i kontakt med Mini-Maria och behandlingsgrupperna. Cannabis var den dominerande drogen för ungdomar medan vuxna personer använde alkohol, cannabis, amfetamin och heroin i högre omfattning. Verksamheterna gav också stöd till drygt 300 barn och 600 anhöriga eller närstående. Barnperspektivet är väl integrerat i verksamheterna och de har stöttat barnen genom barnteam, barnsamtal och barngruppsverksamhet. Under samma tidsperiod sökte 286 personer med egna alkoholproblem hjälp hos Respons alkoholorådgivning. Därutöver hade verksamheten kontakt med 93 anhöriga och 71 vuxna barn. Viktiga inslag i deras behandling är barnperspektiv, föräldrasamtal och familjeperspektiv.

Genom intervjumetoden DOK får vi en något utförligare bild av de personer med missbruk och beroende som utförarverksamheterna möter. Såväl Mini Maria-mottagningarna, Behandlingsgruppens mottagningar, Respons alkoholorådgivning och Boendeverksamheten har använt intervjumetoden under år 2016.

Sammanlagt finns 821 påbörjade vårdkontakter dokumenterade under 2016. 40 av dessa rör anhöriga eller vuxna barn som dokumenterats med ett särskilt intervjuformulär. För totalt 5 procent av samtliga intervjuade har vårdkontakten antingen upprepats under året eller pågått samtidigt vid en annan verksamhet. Till exempel kan en person bott inom Boendeverksamheten och haft en samtalskontakt vid Behandlingsgruppen.

Könsfördelningen är 38 procent kvinnor och 62 procent män. En fjärdedel av de intervjuade personerna är 19 år eller yngre, en fjärdedel är i åldern 20-29 år och resten är 30 år och äldre. Medelåldern är 32 år. Av de svarande har 82 procent svenskt medborgarskap eller är födda i Sverige. Flest personer har sin hemhörighet i Angered, Askim- Frölunda- Högsbo, Majorana-Linné eller Östra Göteborg.

De vanligaste huvuddrogerna är cannabis (36 procent), alkohol (36 procent) och amfetamin 9 (procent). 61 procent av de personer som uppgett primär drog använder även ett eller flera andra preparat. De vanligaste är alkohol, cannabis och bensodiazepiner¹⁸. Totalt 36 procent uppger att de har ett blandmissbruk.

Det finns också ett antal personer som har omfattande missbruks- och beroendeproblematik och där stadens egna resurser inte räcker till eller är uttömda. Utvecklingen för den totala institutionsvården för vuxna enligt SoL och LVM redovisas i diagram 1 på nästa sida. En jämförelse har gjorts med de två övriga storstäderna.

Om vi lägger samman frivillig institutionsvård enligt SoL och tvångsvård enligt LVM kan vi se att institutionsvård är betydligt vanligare i Stockholm än i Malmö och Göteborg. Undersöker man institutionsvården var för sig blir det tydligt att Stockholm har fem gånger fler personer i frivillig institutionsvård än Göteborg. Omvänt förhållande råder när det gäller vård enligt LVM. Göteborg har dubbelt så många personer i LVM-vård som Stockholm.

En motsvarande jämförelse av antal vård dygn utifrån sammantagen institutionsvård (SoL och LVM) i diagram 2 på nästa sida visar att Stockholm efter 2013 har dubbelt så många vård dygn som Malmö och Göteborg. Både Malmö och Göteborg har stabila och oförändrade vård dygn över tid.

18 Notera att uppgift om annan drog även kan avse att personen provat eller använt annan drog än den primära drogen vid något tillfälle eller under någon period.

Diagram 1. Institutionsvård totalt SoL och LVM

Källa: Socialstyrelsen statistikdatabas och SIS statistikavdelning

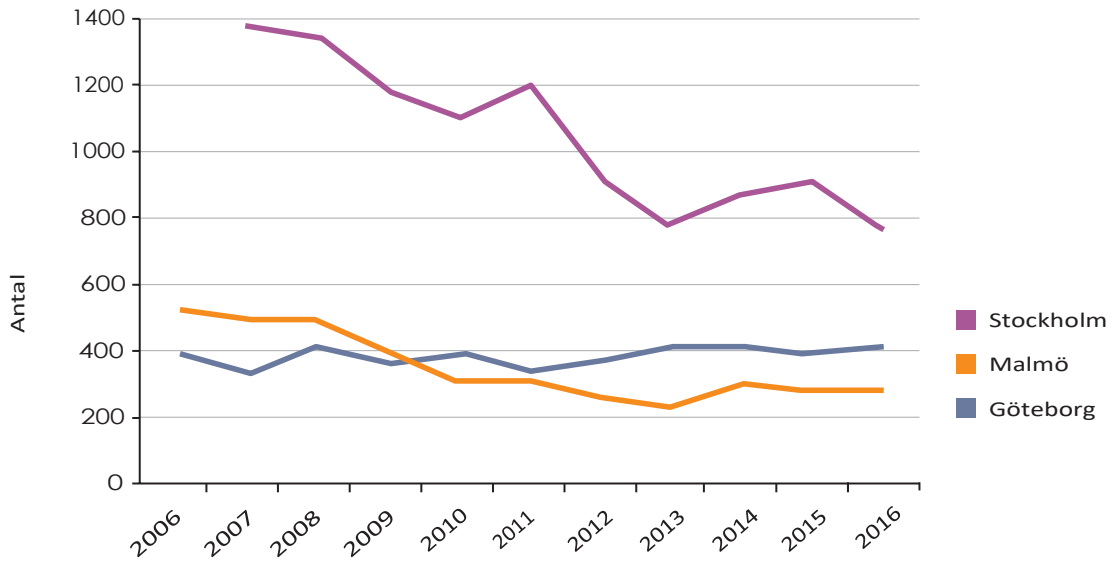
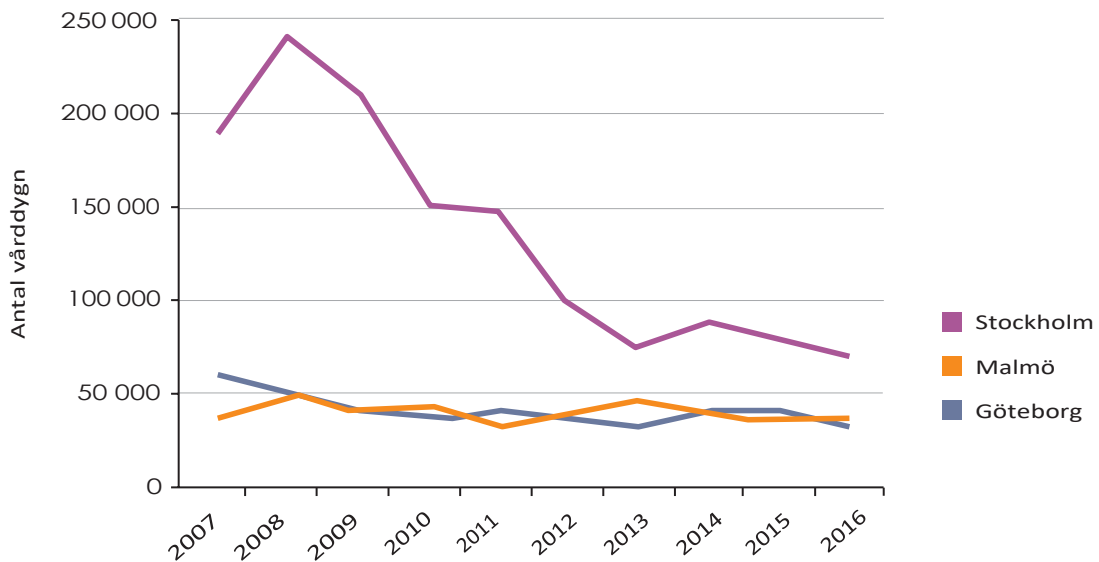


Diagram 2. Institutionsvård totalt SoL och LVM

Källa: Socialstyrelsen statistikdatabas



7 Missbruk och beroende

7.1 Missbruk och beroende – vad är vad?

Missbruk och beroende faller in under psykiatriska diagnoser. Det finns därför två olika diagnossystem: ICD-10¹⁹ och DSM-IV²⁰. ICD-10 är det system som i allmänhet används i Sverige, medan forskningen oftast använder DSM-IV. Inom den kommunala verksamheten använder man sig inte av diagnoskoder eller klassificeringssystem. I socialtjänstlagen saknas definition av termen ”missbruk”. Begreppet tar mer fasta på drogbrukets sociala konsekvenser än på dess effekter på hälsan. Av tradition definierar personen ofta själv sitt missbruk eller beroende och att det är de negativa konsekvenserna för personen som är det centrala.

7.1.1 Missbruk

Med missbruk avses en återkommande eller varaktig konsumtion som leder till allvarliga följder för den enskilde i form av medicinska och sociala problem. Enligt diagnosverktyget DSM-IV ska minst ett av följande fyra kriterier uppfyllas under en och samma tolv månadersperiod:

1. Upprepad användning av alkohol och narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbete, i skolan eller i hemmet.
2. Upprepad användning av alkohol och narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet.
3. Upprepade kontakter med rättsväsendet som en följd av missbruket.
4. Fortsatt användning trots återkommande problem.

Om vi lägger samman frivillig institutionsvård enligt SoL och tvångsvård enligt LVM kan vi se att institutionsvård är betydligt vanligare i Stockholm än i Malmö och Göteborg. Undersöker man institutionsvården var för sig blir det tydligt att Stockholm har fem gånger fler personer i frivillig institutionsvård än Göteborg. Omvänt förhållande råder när det gäller vård enligt LVM. Göteborg har dubbelt så många personer i LVM-vård som Stockholm.

En motsvarande jämförelse av antal vård dygn utifrån sammantagen institutionsvård (SoL och LVM) visar att Stockholm efter 2013 har dubbelt så många vård dygn som Malmö och Göteborg. Både Malmö och Göteborg har stabila och oförändrade vård dygn över tid.

Begreppet skadligt bruk används ofta synonymt med missbruk. Det skadliga bruket fokuserar på beteende och konsekvenser; det är alltså inte preparat och mängd som är det väsentliga. Skadligt bruk är ett beteende som är skadligt för hälsan, får negativa konsekvenser i sociala sammanhang och påverkar ekonomin negativt både på individ-, organisations- och samhällsnivå.²¹

19 International statistical classification of diseases and related health problems, Tenth revision

20 DSM-IV, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. En senare version, DSM-5, har publicerats men de studier som rekommendationerna i Nationella riktlinjer Vård och stöd vid missbruk och beroende baseras på utgår från DSM-IV.

21 Definition av Världshälsorganisationen (WHO)

7.12 Beroende

Beroende innebär att alkohol och/eller narkotika har fått en mycket större betydelse i individens liv än tidigare och lett till en betydande funktionsnedsättning eller lidande. Ett centralt kännetecken för beroende är kontrollförlust vilket innebär att man inte längre kan styra sin konsumtion. För beroende enligt ICD-10 krävs att tre av sex kriterier ska vara uppfyllda.

1. Stark längtan efter drogen
2. Svårigheter att kontrollera intaget
3. Fortsatt användning trots skadliga effekter
4. Prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser
5. Ökad tolerans
6. Fysiska abstinenssymtom

7.13 Etablerat missbruk och beroende

Med etablerat missbruk och beroende avses i den här planen individer, oavsett ålder, som har ett dagligt eller så gott som dagligt intag av alkohol, narkotika eller andra liknande substanser som påtagligt påverkar människors liv och vardag. Det omfattande intaget medför negativa konsekvenser på hälsan och hela livssituationen. Tidigare har begrepp som ”tungt missbruk eller tungt narkotikamissbruk” använts i större omfattning i liknande sammanhang.

7.14 Bakomliggande orsaker

Det finns flera olika förklaringsmodeller och bakomliggande orsaker till varför människor utvecklar skadligt bruk och/eller beroende av alkohol eller andra droger. Det kan handla om psykologiska faktorer, fysiologisk sårbarhet och ärftlighet, tillgängligheten till droger samt personens sociala situation. Det är svårt att peka ut vilken som är den mest centrala orsaken och det kan också variera mellan olika personer och grupper.

Claudia Fahlke, professor i missbrukspsykologi vid psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet beskriver beroende som ett biopsykosocialt syndrom. Den bakomliggande orsaken är komplex och utvecklas sannolikt genom ett samspel av olika sårbarhetsfaktorer, så som sociala, psykologiska och biologiska faktorer. Ju längre ett beroende pågår, desto fler och mer komplicerade konsekvenser på sikt.

Även i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården definierar man missbruk och beroende som ett multifaktoriellt fenomen, det vill säga ett tillstånd som påverkats av flera olika faktorer.

Om man vill skapa en modell som försöker förklara det komplexa samspelet runt drogmissbruk är det viktigt att ta hänsyn till de tre huvudkomponenterna: drogens tillgänglighet och dess verkningar, biomedicinska och psykologiska egenskaper hos människor, och sociala och strukturella faktorer. Uppväxten har stor betydelse för att utveckla missbruksproblem. Personer som befinner sig i ett omfattande och etablerat missbruk har ofta tidigt i livet uppvisat tecken på olika sociala svårigheter och problem. Det kan gälla negativa hemförhållanden, uttalade problem i skolgången, tidiga kontakter med polis- och socialvårdsmyndigheter, missbrukande eller frånvarande föräldrar.²²

22 Kan man säga varför någon blir beroende? Hämtat från hemsida Centralförbundet för alkohol-och narkotika-upplysning (CAN), Allmänt om droger

72 Målgrupper i fokus

Följande grupper har uppmärksammats som särskilt sårbara när det gäller missbruk och beroende.

721 Barn till föräldrar med missbruk och beroende

Det är viktigt att öka kunskapen om livsvillkoren för barn som lever med missbrukande föräldrar och värna om deras rätt till en god livskvalitet oavsett föräldrarnas problem. Barn till missbrukande föräldrar finns i alla samhällsklasser och miljöer. Barn i dessa familjer löper en betydligt större risk för att själva utveckla olika typer av problem än andra barn. De här barnen uppmärksammas också i allmänhet alldeles för sent. Det är av största vikt ur ett barnperspektiv att personer med missbruks- eller beroendeproblem får den bästa tänkbara vård och behandling för att minimera att barn växer upp i missbruksmiljö. Föräldrar bör erbjudas insatser som föräldrautbildning, stödsamtal, stödgrupper eller familjebehandling. Barnet kan själv behöva krissamtal, kontaktfamilj eller insatser från barn- och ungdomspsykiatri²³.

722 Ungdomar och unga vuxna

Missbruk och beroende bland ungdomar och unga vuxna skiljer sig från missbruk och beroende bland vuxna i både karaktär, omfattning och bakomliggande faktorer. Ungdomar med missbruk och beroende ”experimenterar” inte bara med användande av alkohol och droger, utan de har ofta också andra problem som psykisk ohälsa och psykosociala svårigheter. De ungdomar som har missbruk- eller beroendediagnos har i hög grad även annan samtidig psykiatrisk diagnos. Jämfört med ungdomar utan samtidig psykisk sjukdom så har ungdomar med samsjuklighet oftare ett allvarigare missbruk och dessutom en svårare social situation med föräldrar som har ett eget missbruk eller beroende. Vanligen uppträder den psykiska problematiken hos dessa ungdomar långt innan missbruket, men få har haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri.

Alkoholkonsumtionen i stort sjunker bland unga men av de ungdomar som dricker alkohol behöver fler vårdas idag för akut alkoholförgiftning inom hälso- och sjukvården. Alkoholvanor bland pojkar och flickor blir allt mer likartade. Hälso- och sjukvården ser en utveckling av allt tyngre och mer avancerat skadligt bruk som kryper ner i åldrarna²⁴.

Cannabis är den drog som missbrukas mest i landet, särskilt bland ungdomar och unga vuxna personer. Sambandet mellan cannabisanvändning och ökad risk för psykisk ohälsa är väl känt. Antal unga vuxna personer som får heldygnsvård för psykisk funktionsnedsättning kopplad till användning av cannabis, eller kombination av droger, har mer än fördubblats sedan 2004. Idag är det vanligt att unga vuxna använder flera olika sorters droger, det vill säga att de har ett blandmissbruk.

Den senaste tidens flyktingströmmar har inneburit att många barn och ungdomar har kommit till Sverige utan sällskap av en förälder eller annan vårdnadshavare. Från Gryning vård²⁵

23 Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende, samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län, 2015, s 45

24 Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län om samverkan kring personer med missbruk/beroende, HSN 2016-0789, s 12

25 Institutionsvård och öppenvård för barn, ungdomar och familjer. Gryning vård ägs av de fyra kommunalförbunden i Västra Götaland. Muntliga uppgifter har inhämtats om ökande behov av placeringar för ensamkommande ungdomar med anledning av missbruksproblematik.

kommer signaler om en ökad droganvändning bland dessa och att fler behöver hjälp för ett skadligt missbruk eller etablerat missbruk. Rätt åtgärder, stöd och vägledning kan vara avgörande för dessa ungdomars framtid.

723 Män och kvinnor

I vår kultur är mäns drickande mer socialt accepterat än kvinnors. Det medför bland annat att kvinnorna oftare än männen skam- och skuldbeläggs för sitt drickande. Kvinnor söker i mindre utsträckning hjälp för alkoholproblem. De söker i stället vård för somatiska och psykiatriska åkommor, vilket gör att de får hjälp för sina missbruks- och beroendeproblem i ett senare skede än männen.

Det är stora skillnader mellan mäns och kvinnors missbruk och beroende av alkohol och andra droger. Alkoholmissbruk är cirka tre gånger så vanligt bland män som bland kvinnor, men på senare tid har alkoholkonsumtionen ökat bland medelålders och äldre kvinnor. Kvinnor använder sömnmedel och lugnande medel i dubbelt så stor utsträckning som män. En viktig aspekt är de biologiska skillnader som finns mellan män och kvinnor. Studier visar att kvinnor är biologiskt känsligare för alkohol och narkotika än män och att fysiska skador inträder fortare hos kvinnor. En individualiserad behandling, oavsett kön, utifrån den enskildes behov och förutsättningar är av central betydelse såväl medicinskt som socialt. Det finns stora individuella skillnader ifråga om behov som man ska ta hänsyn till vid vård och behandling av kvinnor respektive män med missbruks- och beroendeproblematik. I behandlingsarbetet ska även anhöriga till personer med missbruk eller beroende vara välkomna att delta²⁶.

724 Gravida kvinnor

Ett prioriterat mål i regeringens ANDT-strategi 2016-2020 är att färre barn ska födas med skador orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak. Alkoholkonsumtion hos gravida kan oberoende av omfattning ses som risk- eller missbruk med hänsyn till skaderiskerna för fostret. Missbruk och beroende av droger medför allvarliga konsekvenser för fostret och kan medföra långtidskonsekvenser hos barnet. I behandlingen av dessa kvinnor behövs ett strukturerat och långsiktigt samarbete mellan olika aktörer. Graviditeten innebär i allmänhet en temporär minskning av missbruket och utgör ett bra tillfälle för motivations- och behandlingsarbete. Behandlingen bör inriktas på att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet. Den involverade partners alkohol- och narkotikavanor behöver också uppmärksammas och inkluderas i behandlingsarbetet. Stöd i föräldraskap behövs även efter födseln²⁷.

725 Våld och övergrepp

Studier har visat att kvinnor som missbrukar befinner sig i en särskilt utsatt situation i samhället och att våld är ett vanligt inslag i dessa kvinnors vardag. Missbruket kan bland annat leda till hälsoproblem, ekonomiska problem, bostadslöshet och kriminalitet. Att kvinnorna dessutom utsätts för övergrepp i form av psykiskt, fysiskt och sexuellt våld gör att de är i behov av särskilda stödinsatser. Ytterligare en faktor som är specifik för kvinnor med missbruk är att de ofta utsätts för våld av flera olika förövare såsom partner, behandlingspersonal,

26 Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende, samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län, 2015, s 40-41

27 Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län om samverkan kring personer med missbruk/beroende, HSN 2016-0789, s 11

våktare eller andra personer med missbruksproblematik.

Missbrukande kvinnor som utsätts för våld upplever ofta att de blir fördömsfullt och negativt bemötta och kan därför hysa en misstro mot myndigheter. Få polisanmäler våldet och de kontaktar oftast bara vården vid mycket omfattande skador. Kvinnorna är också rädda för att myndigheterna ska få kännedom om deras missbruk och eventuella kriminella verksamhet om de söker vård eller polisanmäler. De är ofta rädda för att barnen ska tvångsomhändertas, och underlåter därför att söka hjälp. De begränsade möjligheterna gör att beroendet av den våldsutövande partnern ökar. Känslan av att det inte finns någon hjälp att få stärks.

Det finns män som har utsatts för olika typer av våld i nära relationer och blivit sexuellt utnyttjade. Förövarna kan vara både män och kvinnor. För många kan det ta lång tid innan de söker hjälp eftersom de är rädda att inte bli trodda. Män som utsatts för grovt våld och övergrepp under längre tid kan utveckla depression, ångest, självmordstankar, missbruksproblem och traumaspecifika symptom. Forskning och kunskap på området behöver stärkas.²⁸

Oavsett om det är barn, kvinnor eller män som utsätts för våld i nära relationer, ska de erbjudas den hjälp som de behöver.

726 Etnicitet

Det är också viktigt att ta hänsyn till att det i dagens Sverige lever människor från många olika kulturer med vitt skilda vanor och traditioner inom alkohol- och narkotikaområdet. Cirka 18 procent av befolkningen i hela landet är utrikes födda (december 2016)²⁹. Problembilden kan skilja sig markant mellan olika grupper. Innan man söker förklaringar till sociala problem i etnicitet eller kulturella skillnader bör man söka svar i generella levnadsförhållanden för dessa grupper av människor. Vissa grupper med utländsk bakgrund har sämre villkor när det gäller hälsa, arbete, ekonomi och boende. Segregering, utanförskap och marginalisering utgör för många personer vanliga inslag.

727 HBTQ

Det finns studier och undersökningar som pekar mot att HBTQ-personer³⁰ har sämre hälsa och mår sämre psykiskt än den övriga populationen. En bidragande orsak till psykisk ohälsa anses ligga i identitetsproblem. Enligt Folkhälsomyndigheten är riskerna för missbruk av alkohol och andra droger högre bland HBTQ-personer än hos den övriga befolkningen.

728 Funktionsnedsättning

De neuropsykiatriska tillstånden medför en förhöjd risk att utveckla andra typer av psykiska störningar. När det gäller personer med ADHD är risken för att utveckla alkohol- eller narkotikaberoende nästan dubbelt så hög för vuxna personer som för befolkningen i övrigt. Flera studier visar att cirka 20 procent av personerna med diagnosen ADHD kommer att utveckla alkohol- och drogproblem någon gång under livet.³¹ De droger som främst används av gruppen är cannabis, amfetamin och heroin. Missbruket blir en form av självmedicinering

28 Den mannlige smerte – menns erfaringer med vold i nære relasjoner, Rapport 2017 – 02, Claes Ekenstam, Jørgen Lorentzen och Marianne I. Lien

29 Statistiska centralbyrån (SCB)

30 HBTQ är en förkortning för homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner

31 Beckman, Vanna, Vuxna med DAMP/ADHD, 1999

ring. Målet är inte att uppleva ruseffekter utan att dämpa oro och rastlöshet.

729 Samsjuklighet

Samsjuklighet innebär att man har två eller flera sjukdomstillstånd samtidigt, vilket är vanligt inom missbruks- och beroendevården. Bland personer som har alkohol- eller narkotikaproblem har mer än dubbelt så många jämfört med befolkningen i övrigt någon gång i livet haft en psykiatrisk diagnos. Personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre förlopp och det är troligt att problemen förstärker varandra så att de upplevs som svårare än om de förekommit var för sig. Det är viktigt att stöd och behandling ges samtidigt för båda tillstånden och för andra problem som är en konsekvens av samsjukligheten. Eftersom olika huvudmän har ansvar för stöd och behandling krävs samverkan och samordning för att adekvat vård ska kunna ges.³²

7210 Äldre

Antalet äldre över 65 år som har eller riskerar att utveckla missbruk eller beroende ökar. Symtomen kan vara svåra att identifiera och kan missuppfattas som åldersrelaterade. Med åldrandet förändras kroppens förmåga att hantera alkohol. En man i 70-årsåldern kan ha 20-30 procent högre blodalkoholhalt än en 35-åring som druckit samma mängd alkohol. Hos kvinnor kan skillnaden vara ännu större. Undersökningar har visat att vid lika blodalkoholhalt uppvisar en äldre person sämre kognitiv förmåga än yngre.

Sedan början av 2000-talet har andelen äldre som vårdats för alkoholrelaterade diagnoser ökat. Antalet äldre med dödlighet i sjukdomar relaterade till alkohol samt självmord ökar också. I alla andra åldersgrupper minskar de alkoholrelaterade dödsfallen men den nedgången syns inte i åldrarna 65–79 år. Med stigande ålder följer fler sjukdomar. Hög läkemedelskonsumtion ökar risken för läkemedelsberoende och biverkningar. Sömnmedel, smärtstillande och lugnande medel konsumeras i ökande grad av äldre personer.³³

Området befinner sig i gränslandet mellan psykiatri, geriatrik, beroendevård, primärvård, socialtjänstens äldreomsorg samt individ- och familjeomsorg, vilket ställer höga krav på samverkan mellan olika verksamheter samt på personalens kompetens. Det är viktigt att det finns kontinuitet och sammanhållande insatser även för dem som har fyllt 65 år. Det förutsätter flexibilitet inom och mellan verksamheter samt inom och mellan huvudmännen.

73 Insatser och interventioner som möter individuella behov

Utvecklingen av missbruk och beroende är ett komplext och sammansatt fenomen med många samverkande faktorer som varierar från person till person. Hos de flesta med ett etablerat missbruk eller beroende finns hälsomässiga och sociala skador som får effekter på livssituationen som till exempel relationer, boendesituation, försörjning och kriminalitet. Eftersom missbruks- och beroendeproblem är så mångskiftande måste vård- och behandlingsarbetet erbjuda både ett brett och ett individualiserat utbud av insatser. För att påverka

32 Socialstyrelsens plattform Kunskapsguiden, område missbruk och beroende

33 Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län om samverkan kring personer med missbruk/beroende, HSN 2016-0789, s 16

hälsoläget kan behandling inte bara fokusera på missbruket utan måste inkludera den enskildes hela livssituation.

I socialtjänstlagen framgår att insatser för personer med missbruk och beroende ska ges med respekt för individens behov, särskilda förutsättningar och erfarenheter. Socialtjänstens arbetssätt ska så långt som möjligt baseras på kunskaps- och evidensbaserade metoder. De insatser som myndigheten fattar beslut om ska så långt som möjligt ges i frivilliga former med beaktande av den enskildes självbestämmanderätt. Insatser i öppna former (även kallad öppenvård) har vunnit mark sedan 2000-talet för att skapa alternativ till institutionsvård.

Vården och stödet ska ges med god kvalitet och vara likvärdig, jämlik, jämställd och tillgänglig. Det kräver tillgång till ett brett utbud av kunskapsbaserade insatser som planeras tillsammans med den enskilde. Dessa faller inom både det sociala och det medicinska området. Samverkan och samarbete kring individen och dennes närstående har en central roll för att kommuner och landsting eller region ska kunna genomföra sitt uppdrag och för att den enskilde ska få sammanhållna vård och stödinsatser.

Behandling av missbruk och beroende är en lång process som handlar om att hjälpa den enskilde att styra sitt liv och förändra sin livssituation utifrån egen förmåga. För att nå goda behandlingsresultat bör insatserna kännetecknas av långsiktighet, kontinuitet och uthållighet. Motivationsarbete i olika former är av stor betydelse, liksom att vård och behandling kan erbjudas med kort varsel. Tvivel på den egna viljan och förmågan till förändring kan leda till återfall i missbruk, avbrutna behandlingskontakter och svårigheter att fullfölja planerade insatser. Vägen ut ur ett beroende är troligtvis minst lika komplex som vägen in i ett beroende och det är därför angeläget att förbättra och förstärka arbetet med återfallspreventiva insatser³⁴. Återfallsrisken är ofta hög direkt efter institutionsvistelse och det är viktigt med ett strukturerat boende och tillgång till sysselsättning efter genomgången behandling.

Behandlingsrelationen är själva kärnan i arbetet med att ge stöd och hjälp till personer med missbruks- och beroendeproblematik. Behandlarens empatiska förmåga och professionella förhållningssätt är verksamma delar i en bra behandlingsrelation och en förutsättning för att få till stånd en behandling. Relationen underlättar gemensam problemformulering, terapeutisk allians och kvarstannande i behandlingen.

I behandlingen ingår att öka motivationen till förändring och att utveckla nya beteenden. Det gäller att hitta inneboende resurser hos den enskilde och synliggöra det som är positivt. Det är också ofta till stor hjälp att involvera närstående. När den enskilde bryter sitt missbruk behövs ofta hjälp med att lindra abstinenssymtom genom icke beroendeframkallande läkemedel. Man skiljer på abstinensbehandling som sker i form av heldygnsvård och underhållsbehandling som sker inom ramen för öppenvård.³⁵

34 Beroendeutveckling – ett komplext förhållande mellan psykologiska, sociala och biologiska faktorer, artikel 2009 av Claudia Fahlke

35 Lag (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel (Dopningslagen)

Bilaga 1

Centrala substanser och preparat inom området

Alkohol

Alkoholdrycker definieras i lagstiftningen som drycker som innehåller mer än 2,25 volymprocent alkohol, det vill säga sprit, vin och öl. Alkohol är det vanligaste berusningsmedlet i Sverige, liksom i andra västländer. Idag är vin den vanligaste alkoholdrycken. Sveriges alkoholpolitik går främst ut på att begränsa alkoholens negativa konsekvenser genom att hålla nere alkoholkonsumtionen med alkoholskatt och begränsad tillgänglighet.

Narkotika

Narkotika är opiater, cannabis, amfetamin och andra centralstimulerande preparat, hallucinogener samt all icke medicinsk användning av läkemedel. I Sverige är i princip all hantering av narkotika olaglig, inklusive eget bruk och innehav. Enligt 8 § narkotikastrafflagen (1968:64) är narkotika läkemedel eller hälsofarliga varor med beroendeframkallande egenskaper eller euforiserande effekter eller varor som med lätthet kan omvandlas till varor med sådana egenskaper eller effekter. Cannabis är den mest förekommande drogen i Sverige och rökning är det vanligaste intagnings sättet.

Läkemedel

Läkemedel är ämnen som kan användas för att förebygga, lindra eller bota sjukdomar. För att ett läkemedel ska få säljas i Sverige måste det vara godkänt av det svenska eller det europeiska läkemedelsverket. Med läkemedelsberoende avses beroende av ett narkotikaklassat läkemedel, framför allt smärtstillande medel, sömntabletter eller viss psykofarmaka såsom bensodiazipener. Läkemedelsberoende kan uppkomma i en vårdsituation, där personen får narkotikaklassad medicin på recept som personen missbrukar. Sådant läkemedel kan missbrukas vid överförskrivning, det vill säga att läkaren skriver ut medicin utan att det finns medicinsk grund. Läkemedelsberoende kan också utvecklas genom illegal försäljning på ”gatan” eller via internet.

Dopning

Dopning är missbruk av hormonpreparat och andra läkemedel för att öka musklernas styrka och volym. De dominerande dopningsmedlen är anabola androgena steroider (AAS-preparat) som innehåller syntetiskt testosteron. Användningen av anabola androgena steroider kan leda till allvarliga fysiska, psykiska och sociala problem, som hjärt- och kärlsjukdomar, potensbesvär, depression, aggressivitet och relationsproblem. Det är inte ovanligt med blandmissbruk med narkotika, alkohol och andra läkemedel och det kan förvärra biverkningarna. Missbruk av anabola androgena steroider är idag ett samhällsproblem utanför idrottsrörelsen och preparaten säljs på en växande illegal marknad. Internet spelar en stor roll för marknadsföring och handel. Där kan man också samla kunskap och komma i kontakt med andra som använder medlen. Den otillåtna hanteringen av anabola androgena steroider regleras i en särskild dopningslagstiftning¹.

¹ Lag (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel (Dopningslagen)

Psykoaktiva substanser²

Med nya psykoaktiva substanser (NPS) avses nya substanser som kan antas medföra fara för människors liv eller hälsa och som används för att uppnå någon form av påverkan, eller som kan antas ha beroendeframkallande egenskaper eller euforiserande effekter. De nya psykoaktiva substanserna är ofta av cannabisliknande (syntetiska cannabinoider) eller centralstimulerande natur. Exempel är Spice eller liknande rökmixar och syntetiska katinoner som mefedron.

Substanserna sprids vanligen via handel på internet och kallas därför ofta populärt för ”nät-droger”. Spridningen av substanserna är stor och framförallt ungdomar har insjuknat eller dött då de använt substanserna. Antalet NPS som säljs på marknaden har ökat år för år. Det är vanligt att substanser som förbjuds ersätts på marknaden av nya med liknande egenskaper där den kemiska strukturen har ändrats.

Sniffning

Sniffning (även kallat boffning) innebär att man andas in lättflyktiga lösningsmedel och gaser som aceton, bensin, lim, tändargas (butangas), terpentin och thinner i berusningssyfte. Missbruket kommer och går i vågor, särskilt bland unga som har svårt att få tag i alkohol och narkotika. Medlen är ofta lättillgängliga och billiga. Ångorna når snabbt hjärnan och ruset kommer ganska direkt. Sniffning kan orsaka medvetlöshet, allvarliga skador på många av kroppens organ och så kallad plötslig sniffningsdöd.

Bilaga 2

Tvångsvård

De tre tvångslagarna som kan vara aktuella vid missbruk och beroende är LVU, LVM och LPT.

Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

LVU är en kompletterande skyddslag för barn och unga under 18 år (i vissa fall upp till 20 år) och reglerar förutsättningarna för att tvångsvis vårda eller skydda den unge. Tillämpningen av LVU är knuten till att den unge har ett vård- eller skyddsbehov, som inte kan tillgodoses med frivilliga lösningar. Det finns två huvudfall när vård enligt LVU kan bli aktuell:

- när brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet innebär en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas (de så kallade miljöfallen)
- när den unge utsätter sig för påtagliga risker genom missbruk, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende (de så kallade beteendefallen)

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Tvångsvård enligt LVM kan beslutas av förvaltningsrätten om någon är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk eller beroende och vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Dessutom måste personen som missbrukar utsätta sin hälsa för allvarlig fara, riskera att förstöra sitt liv, eller befaras komma att skada sig själv eller någon närstående. Syftet med tvångsvården är att avbryta ett livshotande missbruk och motivera personen till frivillig vård. Statens institutionsstyrelse ansvarar för vården. Så snart det är möjligt ska vården upphöra eller ske utanför LVM-hemmet. Tvångsvården får pågå i högst sex månader.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

Lagen om psykiatrisk tvångsvård innebär att svårt psykiskt sjuka personer kan bli intagna för vård mot sin vilja. Bara personer som lider av en allvarlig psykisk störning kan vårdas mot sin vilja. Dessutom måste det vara nödvändigt, med tanke på personens psykiska tillstånd och personliga förhållanden, att hen får psykiatrisk vård på sjukhus med kvalificerad vård dygnet runt. Det måste exempelvis finnas en risk för individens eget liv eller hälsa eller för andra personers säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa. Det krävs också att personen inte vill bli vårdad på det här sättet.

Är den psykiska störningen tillräckligt svår bör behandlingsuppgiften falla inom psykiatrians ansvarsuppgifter, också om det finns en kombinationsproblematik med ett intensivt missbruk. Om däremot missbruket bedöms vara det primära och tvångsåtgärder nödvändiga, bör LVM i första hand tillämpas. Psykiatrisk tvångsvård bör vara en sista utväg för att klara de allvarliga psykiska komplikationerna av missbruket.

Bilaga 3

Referenser

- Alkoholkonsumtionen i Sverige 2015, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Rapport 160
- Beroendeutveckling – ett komplext förhållande mellan psykologiska, sociala och biologiska faktorer, artikel 2009, författare professor Claudia Fahlke, psykologiska institutionen, Göteborgs universitet
- Den mannlige smerte – menns erfaringer med vold i nære relasjoner, Rapport 2017 – 02, Claes Ekenstam, Jørgen Lorentzen och Marianne I. Lien
- Dopning i samhället – Vad? Hur? Vem? Varför? Statens folkhälsoinstitut, 2011, s 2-8
- Drug-related deaths in Sweden, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), rapport 158, 2016
- En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020, Skr. 2015/16:86
- Fakta normkritik, hämtat från webbplatsen Jämställ.nu, www.jamstall.nu
- Göteborgs universitet och samhällsutmaningen riskbruk, missbruk och beroende, Centrumbildningen CERA som ett medel för samverkan och nyttiggörande, rapport april 2016
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- Kan man säga varför någon blir beroende?, hämtat från Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN), Allmänt om droger, www.can.se
- Kommittédirektiv, Klassificering av nya psykoaktiva substanser, Dir 2015:102, s 2-4
- Kunskapsguidens hemsida, www.kunskapsguiden.se
- Lag (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel (Dopningslagen)
- Bättre insatser vid missbruk och beroende, Missbruksutredningen. Gerhard Larsson. SOU 2011:35 Volym 2 s. 532-538
- Mål och inriktningsdokument för Göteborgs Stads budget 2017
- Mänskliga rättigheter i Göteborgs Stad, hämtat från Göteborgs Stads webbplats, www.goteborg.se
- Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Stöd för ledning och styrning, Socialstyrelsen april 2015.
- Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende, samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län, 2015, s 45
- Socialstyrelsens plattform Kunskapsguiden, område missbruk och beroende, hämtat från hemsida www.kunskapsguiden.se
- Socialtjänstlag (2001:453)
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård, rapport 252/2016. Statistiska Centralbyrån (SCB)
- Vi ser människan, inte bara missbruket, verksamhetsbeskrivning Beroendecentrum Stockholm, 2014, s 7
- Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län om samverkan kring personer med missbruk/beroende, HSN 2016-0789, s 11-12, 16, 40-41
- Vuxna med DAMP/ADHD. 1999. Beckman, Vanna.

